Company Tracking Number: BNL-2010-20

TOI: H21 Health - Other Sub-TOI: H21.000 Health - Other

Product Name: 6-Pack Combo

Project Name/Number: 6-Pack Combo/BNL-2010-20

Filing at a Glance

Company: Brokers National Life Assurance Company

Product Name: 6-Pack Combo SERFF Tr Num: BNLI-126579196 State: Arkansas TOI: H21 Health - Other SERFF Status: Closed-Approved- State Tr Num: 45394

Closed

Sub-TOI: H21.000 Health - Other Co Tr Num: BNL-2010-20 State Status: Approved-Closed

Rodriguez, Holly Harrison, Robin

Reviewer(s): Rosalind Minor

Authors: Amy Irby, Mandi Disposition Date: 04/12/2010

Salkowski

Date Submitted: 04/09/2010 Disposition Status: Approved-

Closed

Implementation Date Requested: On Approval Implementation Date:

State Filing Description:

Filing Type: Form

General Information

Project Name: 6-Pack Combo

Project Number: BNL-2010-20

Requested Filing Mode: Review & Approval

Status of Filing in Domicile:

Date Approved in Domicile:

Domicile Status Comments:

Explanation for Combination/Other: Market Type: Group

Submission Type: New Submission Group Market Size: Small and Large

Overall Rate Impact: Group Market Type: Employer

Filing Status Changed: 04/12/2010 Explanation for Other Group Market Type:

State Status Changed: 04/12/2010

Deemer Date: Created By: Holly Harrison

Submitted By: Holly Harrison Corresponding Filing Tracking Number:

Filing Description:

Re: Company: Brokers National Life Assurance Company

6-Pack Combo NAIC #: 74900 FEIN #: 63-0483783

FEIN #. 03-0403703

Project Number: BNL-2010-20

The following referenced forms are beiung submitted for your review and approval:

Company Tracking Number: BNL-2010-20

TOI: H21 Health - Other Sub-TOI: H21.000 Health - Other

Product Name: 6-Pack Combo

Project Name/Number: 6-Pack Combo/BNL-2010-20

- 6-Pack Combo Application Form # COMBO-6(2004)A
- 6-Pack Combo Change Card Form # CW-COMBO-6(2004)A

Once approved, these forms will be used in conjunction with previously approved Dental, Vision, HIP, AD&D, Cancer and Individual Term Life Policies. These forms were previously approved May 5, 2004, however we have made the changes to comply with our recent Individual Term Life Filing, SERFF Tracking # BNLI-126255691.

Please note that the Disclosure form will always be given with the application, when Individual Term Life is sold. A statement was added to comply with Arkansas Rule and Regilation 60s8(C)(a).

If you have any questions, please contact me at 800-798-1125, extension 1404, or email me at holly@bnlac.com.

Sincerely,

Holly Harrison

Compliance Assistant

Company and Contact

Filing Contact Information

Holly Harrison, Compliance Assistant holly@bnlac.com

7010 Hwy 71 West, Suite 100 512-383-0220 [Phone] 1404 [Ext]

Austin, TX 78735 512-383-8502 [FAX]

Filing Company Information

Brokers National Life Assurance Company CoCode: 74900 State of Domicile: Arkansas

7010 Hwy 71 West Group Code: Company Type:
Suite 100 Group Name: State ID Number:

Austin, TX 78735 FEIN Number: 63-0483783

(800) 798-1125 ext. [Phone]

Filing Fees

Fee Required? Yes
Fee Amount: \$50.00
Retaliatory? Yes

Fee Explanation: \$50.00 per filing.

Company Tracking Number: BNL-2010-20

TOI: H21 Health - Other Sub-TOI: H21.000 Health - Other

Product Name: 6-Pack Combo

Project Name/Number: 6-Pack Combo/BNL-2010-20

Per Company: No

COMPANY AMOUNT DATE PROCESSED TRANSACTION #

Brokers National Life Assurance Company \$50.00 04/09/2010 35538479
Brokers National Life Assurance Company \$50.00 04/12/2010 35560075

Company Tracking Number: BNL-2010-20

TOI: H21 Health - Other Sub-TOI: H21.000 Health - Other

Product Name: 6-Pack Combo

Project Name/Number: 6-Pack Combo/BNL-2010-20

Correspondence Summary

Dispositions

Status	Created By		Created C	On	Date Submitted		
Approved- Closed Filing Notes	Rosalind Minor)4/12/201	0	04/12/2010		
Subject		Note Type		Created By	Created On	Date Submitted	
Filing Fees		Note To Reviewer		Holly Harrison	04/12/2010	0 04/12/2010	
Additional Fil	ing Fee	Note To Filer		Rosalind Minor	04/09/2010	0 04/09/2010	

Company Tracking Number: BNL-2010-20

TOI: H21 Health - Other Sub-TOI: H21.000 Health - Other

Product Name: 6-Pack Combo

Project Name/Number: 6-Pack Combo/BNL-2010-20

Disposition

Disposition Date: 04/12/2010

Implementation Date:
Status: Approved-Closed

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

Company Tracking Number: BNL-2010-20

TOI: H21 Health - Other Sub-TOI: H21.000 Health - Other

Product Name: 6-Pack Combo

Project Name/Number: 6-Pack Combo/BNL-2010-20

Schedule	Schedule Item	Schedule Item Status Public A				
Supporting Document	Flesch Certification	Approved-Closed	Yes			
Supporting Document	Application	Approved-Closed	Yes			
Supporting Document	Health - Actuarial Justification	Approved-Closed	Yes			
Supporting Document	Outline of Coverage	Approved-Closed	Yes			
Form	6-Pack Combo Application	Approved-Closed	Yes			
Form	6-Pack Combo Change Card	Approved-Closed	Yes			

Company Tracking Number: BNL-2010-20

TOI: H21 Health - Other Sub-TOI: H21.000 Health - Other

Product Name: 6-Pack Combo

Project Name/Number: 6-Pack Combo/BNL-2010-20

Note To Reviewer

Created By:

Holly Harrison on 04/12/2010 08:35 AM

Last Edited By:

Rosalind Minor

Submitted On:

04/12/2010 02:31 PM

Subject:

Filing Fees

Comments:

The additional \$50.00 was submitted, please let me know if any additional information or changes are needed.

Thank you,

Holly Harrison

Company Tracking Number: BNL-2010-20

TOI: H21 Health - Other Sub-TOI: H21.000 Health - Other

Product Name: 6-Pack Combo

Project Name/Number: 6-Pack Combo/BNL-2010-20

Note To Filer

Created By:

Rosalind Minor on 04/09/2010 02:59 PM

Last Edited By:

Rosalind Minor

Submitted On:

04/12/2010 02:31 PM

Subject:

Additional Filing Fee

Comments:

Our filing fees under Rule and Regulation 57 has been updated. Please review the General Instructions for ArkansasLH or Rule and Regulation 57.

The fee for this submission is \$50.00 per form for a total of \$100.00. Please submit an additional \$50.00 for this submission.

We will begin our review of this submission upon receipt of the additional filing fee.

Company Tracking Number: BNL-2010-20

TOI: H21 Health - Other Sub-TOI: H21.000 Health - Other

Product Name: 6-Pack Combo

Project Name/Number: 6-Pack Combo/BNL-2010-20

Form Schedule

Lead Form Number: COMBO-6(2004)A

Schedule	Form	Form Type Form Name	Action	Action Specific	Readability	Attachment
Item	Number			Data		
Status						
Approved-	COMBO-	Application/6-Pack Combo	Initial			COMBO-
Closed	6(2004)A	Enrollment Application				6(2004)A.pdf
04/12/2010)	Form				
Approved-	CW-	Application/6-Pack Combo	Initial			CW-COMBO-
Closed	COMBO-	Enrollment Change Card				6(2004)A.pdf
04/12/2010	6(2004)A	Form				

BROKERS NATIONAL LIFE ASSURANCE COMPANY
Domiciled in the State of Arkansas
Administrative Office: 7010 Hwy 71 West, Suite 100, Austin, Texas 78735

6-Pack	Combo	Application
	Payrol	1 Deduction

	Administrativ			11 West, Suite 1	.00, 7 tust	.111, 1	icaas 101	<i>J J</i>							
Phone: 512-383-0220 Division No.						Billir				ling ID No.					
Employer							Requested Effective Date / 01 /								
Applican	nt Name						Social S	ecurity N	Number		_		_		
Date of E	Birth	/	/	Age		Sex	■M	□F	Date	of Hire		/		1	
Home A				'			City		1	State	:	7	Zip		
Home Te	elephone ()	_			E-mail								
				not be available	in all sta	tes.	Check w	ith our	Admini	strative	Office.				
	DUP DENTA			blicable)				OUP V					cable)		
Complete this section and Section A (if applicable) Level of Coverage: Choose One: Applicant Only Plan A Applicant & Spouse Plan B Applicant & Child(ren) Basic Plus Applicant & Family Monthly Premium \$						Complete this section and Section A (if applicable) Level of Coverage: Choose One: Applicant Only Plan A Applicant & Spouse Plan B Applicant & Child(ren) Applicant & Family Vision Program is choser your Employer Monthly Premium \$							by —		
	IVIDUAL He plete this section			MNITY INSUE	RANCE			DIVID	JAL A	CCIDE	NTAL	DEA.	TH		
Level of	Coverage:	, Section	Choose Or				& I	DISMEI nplete thi	MBERI	MENT	INSUF	RANC	CE		
Appli Appli	icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family	ren)	ADV-HIB	Advertisement Fo &ADD(0598)AE	3		Level of App App App App	of Cover blicant & blicant & blicant &	age: Only Spouse Child(Family	ren)	Choo	ose O1 10,000 20,000 30,000	ne:	\$40,000 \$50,000	
		WIOIILIII	1 Tellifulli 4	<u> </u>			Child(ren) Ma	ximum (Coverag	e is \$10,	000 pe	er Cove	ered Chi	1.1
Home Of															Ia
	office Use: App	lication	#						Month	ly Prem	ium \$				Id
	office Use: App.	ANCE	R INSURA	ANCE					IAL PR	D IO YI	AR TE	RM L	.IFE IN	ISURAI	
Comp Comp Level of Appli Appli Appli Appli	IVIDUAL CA	ANCEI , Section eren)	A (if applica	ANCE	Benefit		Level of App	nplete thing of Cover blicant & blic	JAL PR is section age: Only a Spouse a Child(D IO YI	Child I One Two	RM L plicabl Rider Unit Units	le), B & (per check) (\$2,50 s (\$5,0)	ISURAI C mild lister (0) (0)	NCE
Comp Comp Level of Appli Appli Appli Appli Appli Hereby belief, no been diag Hodgkin	Coverage: icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family represent to the operson to be i gnosed as a vic is Disease, Leul	e ren) te best o insured tim of Ckemia, I	A (if applied A (if applied State Rider Ref Ref Ren Ren Amou	ANCE able) & B nt of Coverage: 00 Daily Benefit 00 Daily Benefit	and s ever		Level of App App App App	nplete thi of Cover olicant C olicant &	JAL PR is section rage: Only a Spouse a Child(a Family receipt of	D 10 YI , Section eren)	Child I One Two Amount Applic Spouse Tredit Re Informa	RM L plicabl Rider Units Units of I ant \$ portin	(per ch (\$2,50 s (\$5,00 nsurar	ISURAI C mild lister 00) 00) nce:	NCE d):
Comp Comp Level of Appli Appli Appli Appli Appli Delief, no been diag Hodgkin (list pers	Coverage: icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family represent to the operson to be i gnosed as a vic is Disease, Leul son and condit	e ren) ne best of insured utim of Cokemia, I	Amou \$10 \$10 \$20 Rider Ref my knowled ancer, Carcelymphoma of the policy who is the policy of t	ANCE able) & B nt of Coverage: 00 Daily Benefit 00 Daily Benefit (if applicable): curn of Premium edge, information blicy is now or ha inoma, Sarcoma, or Malignancy, ex	and s ever cept		Level of App App App App App App App	of Cover of Cover olicant & olicant & olicant & owledge of	JAL PR is section rage: Only a Spouse a Child(a Family receipt of garding)	D 10 YI Section ren) of Fair C Medical ly Prem	Child I One Two Amous Applic Spouse Gredit Re Informatium \$	RM L plicabl Rider Units Units of I ant \$ portin	(per ch (\$2,50 (ss (\$5,00 (nsurar	ISURAI C nild lister 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100)	NCE d):
Comp Comp Level of Appli Appli Appli Appli Appli Delief, no been diag Hodgkin (list pers	Coverage: icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family represent to the operson to be i gnosed as a vic 's Disease, Leul son and condit	ren) te best of the best of t	Amou \$10 \$10 \$20 Rider Render the polar the polar cancer, Carcaymphoma of the polar the pol	ANCE able) & B nt of Coverage: 00 Daily Benefit 00 Daily Benefit (if applicable): curn of Premium edge, information blicy is now or ha inoma, Sarcoma, or Malignancy, ex	and s ever cept		Level of App App App App App App App	of Cover of Cover olicant Colicant & olicant & olicant &	JAL PR is section rage: Only a Spouse a Child(a Family receipt of garding)	D 10 YI Section ren) of Fair C Medical ly Prem	Child I One Two Amous Applic Spouse Gredit Re Informatium \$	RM L plicabl Rider Units Units of I ant \$ portin	(per ch (\$2,50 (ss (\$5,00 (nsurar	ISURAI C nild lister 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100)	NCE d):
Comp Comp Level of Appli Appli Appli Appli Appli Appli Hereby belief, no been diag Hodgkin (list pers	Coverage: icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family represent to the operson to be i gnosed as a vic 's Disease, Leul son and condit	e best or insured utim of Ckemia, I	Amou \$10 \$10 \$20 Rider Render the polar companies, Care companies, Care companies, Premium \$100 Premium \$100	ANCE able) & B nt of Coverage: 00 Daily Benefit 00 Daily Benefit (if applicable): curn of Premium adge, information blicy is now or ha inoma, Sarcoma, or Malignancy, ex	and s ever cept	_ h	Level of App App App App App App App App App Ap	of Cover of Cover olicant & olicant & olicant & owledge of	is section rage: Only Spouse Child(Family receipt of garding I	D 10 YI , Section eren) of Fair C Medical ly Prem lication	Child I One Two Amour Applic Spouse Irredit Re Informatium \$	RM L plicabl Rider Units Units of I ant \$ portin	(per ch (\$2,50 (ss (\$5,00 (nsurar	ISURAI C nild lister 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100)	NCE d):
Level of Appli Appli Appli Appli Appli Appli Appli I hereby belief, no been diag Hodgkin (list pers	Coverage: icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family represent to the operson to be i gnosed as a vic 's Disease, Leul son and condit e of this cancer	e best of the best	Amou \$10 \$10 \$20 Rider Render the polar t	ANCE able) & B nt of Coverage: 00 Daily Benefit 00 Daily Benefit (if applicable): curn of Premium adge, information blicy is now or ha inoma, Sarcoma, or Malignancy, ex	and s ever cept from sucl		Level of App App App App App App App App App Ap	of Cover of Cover olicant & olicant & olicant & owledge o otice Reg	is section rage: Only Spouse Child(Family receipt of garding I	D 10 YI , Section eren) of Fair C Medical ly Prem lication	Child I One Two Amour Applic Spouse Irredit Re Informatium \$	RM L plicabl Rider Units Units of I ant \$ portin	(per ch (\$2,50 (ss (\$5,00 (nsurar	ISURAI C nild lister 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100)	NCE d):
Level of Appli Appli Appli Appli Appli Appli Appli I hereby belief, no been diag Hodgkin (list pers	Coverage: icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family represent to the operson to be i gnosed as a vic a's Disease, Leul son and condit e of this cancer	e best of the best	Amou \$10 \$10 \$20 Rider Render the polar t	ant of Coverage: O Daily Benefit O Daily Benefit (if applicable): Turn of Premium odge, information olicy is now or ha inoma, Sarcoma, or Malignancy, ex	and s ever cept from sucl		Level of App App App App App App App App App Ap	of Cover of Cover olicant & olicant & olicant & olicant & owledge of otice Reg	is section rage: Only Spouse Child(Transly receipt of Carding Month See: App	D 10 YI , Section eren) of Fair C Medical ly Prem lication	Child I One Two Amour Applic Spouse Irredit Re Informatium \$	RM L plicabl Rider Units Units of I ant \$ portin	(per ch (\$2,50 (ss (\$5,00 (nsurar	ISURAI C nild lister 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100)	NCE d):
Level of Appli Appli Appli Appli Appli Appli I hereby belief, no been diag Hodgkin (list pers	Coverage: icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family represent to the person to be if gnosed as a vice is Disease, Leul son and condit e of this cancer office Use: App DN A – DEP Name	e best of the best	Amou \$10 \$10 \$20 Rider Render the polar t	ant of Coverage: O Daily Benefit O Daily Benefit (if applicable): Turn of Premium odge, information olicy is now or ha inoma, Sarcoma, or Malignancy, ex	and s ever cept from sucl		Level of App App App App App App App App Total	of Cover of Cover olicant & olicant & olicant & olicant & owledge of otice Reg	is section rage: Only Spouse Child(Transly receipt of Carding Month See: App	D 10 YI , Section eren) of Fair C Medical ly Prem lication	Child I One Two Amour Applic Spouse Irredit Re Informatium \$	RM L plicabl Rider Units Units of I ant \$ portin	(per ch (\$2,50 (ss (\$5,00 (nsurar	ISURAI C nild lister 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100)	NCE d):
Level of Appli Appli Appli Appli Appli Appli Appli I hereby belief, no been diag Hodgkin (list pers coverage Home Of Section	Coverage: icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family represent to the person to be if gnosed as a vice is Disease, Leul son and condit e of this cancer office Use: App DN A – DEP Name	e ren) the best of consumed the best of the consumed the construction of Construction of Construction of the construction of	Amou Amou \$10 \$10 \$20 Rider Reif my knowled inder the postancer, Carcely who is ization plant is Premium \$ # NTS (If app	Int of Coverage: 20 Daily Benefit 20 Daily Benefit (if applicable): 20 Turn of Premium 20 Premium 2	and s ever cept from sucl	ige)	Level of App App App App App App App App Total	of Coverolicant Colicant & olicant &	is section rage: Only Spouse Child(Transly receipt of Carding Month See: App	D 10 YI , Section eren) of Fair C Medical ly Prem lication	Child I One Two Amour Applic Spouse Informatium \$	RM L plicabl Rider Units Units of I ant \$ portin	le), B & (per ch (\$2,50 s (\$5,0) insurar	ISURAI C nild lister 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100) 100)	NCE d):
Level of Appli Appli Appli Appli Appli Appli Appli I hereby belief, no been diag Hodgkin (list pers coverage Home Of Section	Coverage: icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family represent to the operson to be i gnosed as a vic is Disease, Leul son and condit e of this cancer Office Use: App	e ren) the best of consumed the best of the consumed the construction of Construction of Construction of the construction of	Amou Amou \$10 \$10 \$20 Rider Reif my knowled inder the postancer, Carcely who is ization plant is Premium \$ # NTS (If app	Int of Coverage: 20 Daily Benefit 20 Daily Benefit (if applicable): 20 Turn of Premium 20 Premium 2	and s ever cept from sucl	ige)	Level of Approximate Approxima	of Coverolicant Colicant & olicant &	is section rage: Only Spouse Child(Transly receipt of Carding Month See: App	D 10 YI , Section fren) of Fair C Medical ly Prem lication	Child I One Two Amour Applic Spouse Informatium \$	RM L plicabl Rider Units Units of I ant \$ portin	le), B & (per ch (\$2,50 s (\$5,0) insurar	isural Conild lister OO) OO) ace: Notice	NCE d):
Level of Appli Appli Appli Appli Appli Appli Appli I hereby belief, no been diag Hodgkin (list pers	Coverage: icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family represent to the operson to be i gnosed as a vic is Disease, Leul son and condit e of this cancer Office Use: App	e ren) the best of consumed the best of the consumed the construction of Construction of Construction of the construction of	Amou Amou \$10 \$10 \$20 Rider Reif my knowled inder the postancer, Carcely who is ization plant is Premium \$ # NTS (If app	Int of Coverage: 20 Daily Benefit 20 Daily Benefit (if applicable): 20 Turn of Premium 20 Premium 2	and s ever cept from sucl	ige)	Level of Approximate Approxima	of Coverolicant Colicant & olicant &	is section rage: Only Spouse Child(Transly receipt of Carding Month See: App	D 10 YI , Section eren) of Fair Comedical ly Prem lication	Child I One Two Amour Applic Spouse Tredit Re Informatium \$	RM L plicabl Rider Units Units of I ant \$ portin	(per che (\$2,50 se (\$5,00 finsurar and Act))	Notice The Students No.	NCE d):
Level of Appli Appli Appli Appli Appli Appli Appli Appli I hereby belief, no been diag Hodgkin (list pers coverage Home Of SECTIC Spouse N Date of E	Coverage: icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family represent to the operson to be i gnosed as a vic is Disease, Leul son and condit e of this cancer Office Use: App	e ren) the best of consumed the best of the consumed the construction of Construction of Construction of the construction of	Amou Amou \$10 \$10 \$20 Rider Reif my knowled inder the postancer, Carcely who is ization plant is Premium \$ # NTS (If app	Int of Coverage: 20 Daily Benefit 20 Daily Benefit (if applicable): 20 Turn of Premium 20 Premium 2	and s ever cept from sucl	ige)	Level of Approximate Approxima	of Coverolicant Colicant & olicant &	is section rage: Only Spouse Child(Transly receipt of Carding Month See: App	D 10 YI , Section fren) of Fair C Medical ly Prem lication PREN Se	Child I One Two Amount Applic Spouse Gredit Re Informatium \$	RM L plicabl Rider Units Units of I ant \$ portin	le), B & (per ch (\$2,50 s (\$5,0) insurar and Act Bureau.	MSURAI # C mild lister 100) 100) nce: Notice me Studen	nt?
Level of Appli Coverage Home Of SECTIC Spouse N Date of E	Coverage: icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family represent to the operson to be i gnosed as a vic is Disease, Leul son and condit e of this cancer Office Use: App	e ren) the best of consumed the best of the consumed the construction of Construction of Construction of the construction of	Amou Amou \$10 \$10 \$20 Rider Reif my knowled inder the postancer, Carcely who is ization plant is Premium \$ # NTS (If app	Int of Coverage: 20 Daily Benefit 20 Daily Benefit (if applicable): 20 Turn of Premium 20 Premium 2	and s ever cept from sucl	ige)	Level of Approximate Approxima	of Coverolicant Colicant & olicant &	is section rage: Only Spouse Child(Transly receipt of Carding Month See: App	D IO YI , Section Fair Comedical ly Prem lication PREM M M	Child I One Two Amount Applic Spouse Informatium \$	RM L plicabl Rider Units Units of I ant \$ portin	IFE IN le), B & (per ch (\$2,50 s (\$5,00 Insurar Bureau. Full-Tin Yes	MSURAL Conild lister OO) OO) Ace: Mee Studen Notice Notice	nt? o o
Level of Appli App	Coverage: icant Only icant & Spouse icant & Child(icant & Family represent to the operson to be i gnosed as a vic is Disease, Leul son and condit e of this cancer Office Use: App	e ren) the best of consumed the best of the consumed the construction of Construction of Construction of the construction of	Amou Amou \$10 \$10 \$20 Rider Reif my knowled inder the postancer, Carcely who is ization plant is Premium \$ # NTS (If app	Int of Coverage: 20 Daily Benefit 20 Daily Benefit (if applicable): 20 Turn of Premium 20 Premium 2	and s ever cept from sucl	ige)	Level of Approximate Approxima	of Coverolicant Colicant & olicant &	is section rage: Only Spouse Child(Transly receipt of Carding Month See: App	D IO YI To Section Fren Of Fair Comedical Ity Prem Itication PREM M M M M	Child I One Two Amount Applic Spouse Gredit Re Informatium \$	RM L plicabl Rider Units Units of I ant \$ portin	IFE IN le), B 6 (per ch (\$2,50 s (\$5,00 insurar ag Act Bureau. Full-Tin Yes Yes	MSURAI ### C mild lister 100) 100) nce: Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice Notice	nt? 0 0 0

SECTION B - BEI	NEFICIARY									
			Applicant's					Spouse's		
Beneficiary Name										
Relationship to the Ir	Age	2	Age							
			dren's beneficia	ry will be	the prima	ry insured	1.			
Contingent Owner of	•		able)						Age	:
Contingent Owner's I	Relationship to Ir	nsured								
SECTION C - HO	SPITAL INDE	MNITY AN	D TERM LIFE	QUEST	TIONS					
Complete the following					Appli	cant	Spo	ouse	Chil	d(ren)
1. For the past 90 day been actively at wo	s, have you been ork full time at yo	performing nor ur regular occu	rmal activities an pation?	nd	☐ Yes	□No	☐ Yes	□ No	N	I/A
2. Have you smoked a	, ,				☐ Yes	□ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No
3. Have you been pos profession for an in Complex) or been	nmune deficiency	disorder, AIDS	S, ARC (AIDS-I	Related	☐ Yes	■No	☐ Yes	■No	☐ Yes	□ No
4. In the past 3 years, member of the med	have you been p	ositively diagno	osed or treated by	/ a						
l – a) Heart trouble, h	igh blood pressur al or nervous diso	e, kidney or liv order?			Yes Yes	No No	Yes Yes	No No	Yes Yes	No No
5. Do you have any cl medical care or ma	hronic illness or o	condition which			Yes	□No	Yes	□No	Yes	□No
Applicant's Occupation	on/Duties									
Spouse's Employer				C	occupation/	Duties				
	Height	Weight	Birth State			Н	eight	Weight	Bi	rth State
Applicant				Chi	ild #3					
Spouse					ild #4					
Child #1					ild #5					
Child #2 Please explain any YE				Chi	ild #6					
It is understood and agrethis application: a) Are agreements made by usor waive any rights or constitute ratification of during the continued is require a different answel authorize any licensed Information Bureau or insurance application is A photographic copy of Any person who, with containing a false or del authorize my employed Such deductions shall insurance plan(s). I reput this insurance repulse the agent have kruff applying for Term Liff Benefit Rider Disclosur	to form the base must be signed by requirements of any changes man unsurability of the er to any question physician, medica other organization made on my healt this authorization intent to defrauch the to make the necontinue until: 1 wresent that I am an alace any other insurance, the insurance insur	sis of any policy our President, the Company. de by the Company. de by the Company. and c) Until the practitioner, control in the control in	y issued; and b) Vice President, S. 4. The acceptar cany. 5. No insurva(s); and b) Unlike full first premillinic, hospital or cor person that hat he original. That he is facilitate surance fraud. ions from my salate of my employments and I am No Yes Glace any other incollicant and agent	Are true ecretary of cace by the cance will less nothing the med as any reconstruction and the carry to payent, 2. We performing the carry to payent, 2. We performing the carry to payent, 2. We performing the carry to paye the carry to paye the carry the carry to paye the carry to paye the carry	and compler Assistant e proposed be in force: ng has happ d, at which ical or medi cords or knot Life Assura rization wil and against the premin ritten notic ng all the de pany Name No nat the appl	ete to the Secretary; insured of a) Until the pened since time the pened some Complete on the pened some Complete of the pened some Complete of the pened some Complete of the pened some	best of m no agent f a policy he policy he the date bolicy will ed facility, f me or m any, or its for 6 monti r, submits okers Nati ellation by y occupati	y knowledge can accept issued on has been de e of the apptake effect of insurance comments of reinsurers, and applicational Life Ayme, or 3. on at least	ge and be risks, moot this application on its date ompany, my family iny such it date below tion or fit. Assurance Termina 30 hours	lief. 3. All lify policies cation will did accepted that would be of issue. The Medical for whom aformation. W. Ies a claim Company. To the per week.
Dated at	City		D	ate	_		Applican	t's Signatu	re	
X Witr	nessed by: Licens	sed Agent		X	Sto	nuse's Sign	nature (if	applicable))	
Writing Agent Name _								t #		
Splitting Agent Name	(if applicable)						Agen	t #		
Plan State	FD#	· FD	For Home Off	nce Use (W/P	only		Effective	Date		
Notes:	11N#		<u></u>	** I	OE _		_ LITCULVE	Date	1 /	15
1 10100.							Alpha Ch	ecked		

6-Pack Combo Change & Waiver Form

BROKERS NATIONAL LIFE ASSURANCE COMPANY

5.

Domiciled in the State of Arkansas

Administrative Office: 7010 Hwy 7	/1 West, Suite 100	, Austin,	Texas /8	3735							
F Hone: 312-363-0220	Phone: 512-383-0220 Division No.					Billing ID No.					
Employer		Request	ed Effect	tive Date	/	/ (or	the current Paid to Date)				
Applicant Name			Social	Security N	lumber	_	_				
Home Telephone ()	_		E-mail								
Change of Name											
Reason for Change Marriage – Date of				Other							
Change of Address				City		Sta	te Zip				
Request to Change Beneficiary – Complete	Section B			_ ,			•				
☐ GROUP DENTAL INSURANCE				☐ GR	ROUP V	ISION INSU	JRANCE				
Cancel My Coverage Add Spouse Add Dependent Ch Cancel Spouse Cancel Dependent Dental Waiver – I have been given the oppo			A ion A	Ad	d Spouse d Depend	Coverage Cancel State Child(rendent Child(r	Spouse .) – Complete Section A ren) – Complete Section A				
Dental Insurance, BUT: Do not wish for coverage Am covered under spouse's dental plan	n						ENTAL DEATH INSURANCE				
Applicant Signature X				☐ Car	ncel My (Cov <u>er</u> age					
Date				Ad Ad	d Spouse d Depend	Cancel S dent Child(ren) – Complete Section A				
INDIVIDUAL HOSPITAL INDEM	NII Y INSURA	NCE		☐ Ch	ange Cov	verage Amoun	ren) – Complete Section A t to: \$50,000				
☐ Cancel My Coverage ☐ Add Spouse ☐ Add Dependent Cl	nild(ren) – Comble	ete Section	Α		\$10,000	\$30,000	\$50,000				
Cancel Spouse Cancel Dependent	Child(ren) – Com	iplete Secti	ion A				ge is \$10,000 per				
Home Office Use: Policy #				Cover	ed Ćhild.		80 -0 +) F				
					DIV/IDI	IAL DDD IA	VEAD				
☐ INDIVIDUAL CANCER INSURA	NCE					JAL PRD 10 E INSURAN					
Cancel My Coverage Add Spouse Add Dependent Chancel Spouse Cancel Dependent Change Coverage Amount to: \$100 Daily Benefit \$200 Daily Benefit I hereby represent to the best of my knowled			A ion A	☐ Cai ☐ Ad ☐ Ad ☐ Cai ☐ Ch If It	ncel My (d Spouse d Depend ncel Dependencel Dependencel Dependence	Coverage Cancel S dent Child(ren endent Child(ren erage Amount Coverage Amo	Spouse) – Complete Section A ren) – Complete Section A t to: unt, Complete Section C				
no person to be insured under the policy is n as a victim of Cancer, Carcinoma, Sarcoma, Lymphoma or Malignancy, except (list perso	ow or has ever bee Hodgkin's Disease	en diagnos , Leukemi	sed ia,	Maximum coverage is \$50,000 Applicant \$ Spouse \$ Child Rider (per listed child)							
who is to be excluded from such coverage of	this cancer hospita	alization p	olan.		One Uni	(per listed chi it (\$2,500)	Two Units (\$5,000)				
Home Office Use: Policy #				Home	Office U	se: Policy #					
SECTION A – DEPENDENTS (If apply	ving for Dependent (Coverage i	or canceli	ng Debend	ent Cover	rage)					
Spouse Name	,			Security N			_				
Date of Birth / /	Sex M] F									
Child Name (your dependent child(rer			Date of E	Birth		Sex	Full-Time Student?				
1.			1	/		□M □F	☐ Yes ☐ No				
2.			1			M DF	☐ Yes ☐ No				
3.			1			M DF	☐ Yes ☐ No				
4.			1			M F	☐ Yes ☐ No				

Student verification required at the time of a dental and vision claim. Guardianship documentation is required for all eligible dependents. (Reverse side MUST be COMPLETED (if applicable) & SIGNED)

 \square M

 \square M

 \square F

 \square F

☐ Yes

☐ Yes

■ No

☐ No

SECTION B - BE	NEFICIARY (This will change	the beneficiaries fo	r all insur	rance coverd	ages with or	ur compan	y.)		
			Applicant's					Spouse's		
Beneficiary Name										
Relationship to the Insured and Age Age									Age	e
Contingent Beneficia										
Relationship to the Ir	nsured and Age			Ag	e				Age	e
		Dependent chi	ildren's beneficia	ry will be	e the prima	ary insure	d.			
Contingent Owner of	Policy & Child	Rider (if applied	cable)						Age	e
Contingent Owner's l	Relationship to l	Insured								
SECTION C - HO	SPITAL IND	EMNITY AN	ID TERM LIFE	QUES"	TIONS					
Complete the following	questions for all [proposed insured	(s)		Appl	icant	Sp	ouse	Chil	d(ren)
1. For the past 90 day been actively at wo	vs, have you beer ork full time at v	n performing no	ormal activities an	nd	☐ Yes	■No	☐ Yes	■No	N	J/A
2. Have you smoked					Yes	□No	Yes	□ No	☐ Yes	
3. Have you been pos	sitively diagnose	d or treated by	a member of the r	nedical						
profession for an ir Complex) or been	nmune deficience told test results	ty disorder, AIL indicate exposu	ire to the AIDS v	irus?	☐ Yes	■No	☐ Yes	■ No	☐ Yes	■ No
4. In the past 3 years,	have you been j	positively diagn	osed or treated by	y a						
member of the med a) Heart trouble, h cancer, or ment	iigh blood pressu	ire, kidney or li	ver disease, diabet	tes,						
b) Alcohol or drug	al or nervous dis abuse or arreste	orger: d for Driving U	Inder the Influenc	ce?	Yes Yes	□ No □ No	Yes Yes	No No	Yes Yes	☐ No ☐ No
5. Do you have any c medical care or ma	hronic illness or y require future	condition which surgery?	ch requires period	ic	☐ Yes	■No	☐ Yes	□No	☐ Yes	■No
Applicant's Occupation	on/Duties				1		1			
Spouse's Employer				(Occupation	/Duties				
	Height	Weight	Birth State			Н	leight	Weight	В	irth State
Applicant				Ch	uild #3					
Spouse				Ch	uild #4					
Child #1				Ch	uild #5					
Child #2				Ch	uild #6					
Please explain any YE										
It is understood and a statements in this char belief. 3. All agreemer risks, modify policies o policy using this chang force: a) Until the requ nothing has happened paid that includes the	agreed that: 1. Inge form: a) Are that made by us referenced to the form will consider the date of the	The change for to modify the lange for requirementitute ratification by the Compan of the change for changes made	rm includes any base of any policy by our President, nts of the Compa on of any changes y and accepted dup that would re, at which time the blinia hospital are selinia selinia hospital are selinia	other un rissued; a Vice Pre ny. 4. Th s made by uring the equire a che policy	derwriting and b) Are sident, Seile acceptant the Component of the Component are changes w	questions true and c cretary or ace by the pany. 5. N insurabili aswer to as ill take effi-	naires requestion proposed in change in the interpretation of the interpretation of the interpretation its control facility.	uired by the othe best of Secretary; insured of a in insurance nesured person; and c) Udate of issue	ne Compa of my kno no agent change re e coverag on(s); an Until the	iny. 2. The wledge and can accept adde to the will be it d b) Unles premium i
I authorize any licensed Information Bureau or insurance application is A photographic copy of										
Any person who, with containing a false or de										
I authorize my employ Such deductions shall insurance plan(s). I rep	er to make the n continue until: present that I am	1. Termination not presently o	tions from my sala of my employme disabled and I am	ary to par ent, 2. W performi	y the prem ritten noting ng all the c	iums to Brice of cand luties of m	rokers Nat cellation b y occupat	tional Life A by me, or 3 ion at least	Assurance . Termina 30 hours	e Company ition of th per week.
X										
	Applicant's Sign				Date					
X	Witness			X	Si	bouse's Si	gnature (i	f applicable	2)	
			_ For Home On	ice Use	Only					
Plan State	e FR-	#E	PSI#	WP	OE		_ Effective	e Date	1 /	15
Notes:							Alpha Cl	necked		1.7

Company Tracking Number: BNL-2010-20

TOI: H21 Health - Other Sub-TOI: H21.000 Health - Other

Product Name: 6-Pack Combo

Project Name/Number: 6-Pack Combo/BNL-2010-20

Supporting Document Schedules

Item Status: Status

Date:

Bypassed - Item: Flesch Certification Approved-Closed 04/12/2010

Bypass Reason: N/A

Comments:

Item Status: Status

Date:

Bypassed - Item: Application Approved-Closed 04/12/2010

Bypass Reason: N/A

Comments:

Item Status: Status

Date:

Bypassed - Item: Health - Actuarial Justification Approved-Closed 04/12/2010

Bypass Reason: N/A

Comments:

Item Status: Status

Date:

Bypassed - Item: Outline of Coverage Approved-Closed 04/12/2010

Bypass Reason: N/A

Comments: